FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER LATENT DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 NOVEMBRE 1888

PAR

Jules-Auguste-François GOURMAUD

EX-INTERNE ALIÉNISTE

Né à La Montagne (Loire-Inférieure), le 5 juillet 1855.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
PITRES,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0047

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER LATENT DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 NOVEMBRE 1888

PAR

Jules-Auguste-François GOURMAUD

EX-INTERNE ALIÉNISTE

Né à La Montagne (Loire-Inférieure), le 5 juillet 1855.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
PITRES,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes....	N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Nantes.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale, Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Hommage de reconnaissance.

INTRODUCTION

Un cas de Cancer latent de l'estomac se présenta à nous, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, pendant les quelques jours de vacances que nous passâmes dans cette ville. Une observation que nous possédions depuis quelques années sur cette maladie dont nous avions suivi attentivement la cruelle évolution chez notre meilleur ami, nous engageait fortement à faire de cette affection le sujet de notre thèse inaugurale. Les conseils qu'on nous donna alors et les observations qu'on nous fournit firent le reste, en contribuant à dissiper nos dernières irrésolutions.

Depuis plusieurs années, différents travaux ont enrichi la symptomatologie du Cancer de l'estomac dont le diagnostic ne manque pas, malgré tout, de présenter parfois de sérieuses difficultés. Heureux quand celles-ci ne jettent pas le médecin dans des erreurs pour le moins très préjudiciables aux malades qu'il a mission d'assister !

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas inutile de reprendre la question et de présenter dans une vue d'ensemble tous les symptômes de cette maladie, y compris ceux récemment acquis à la science.

C'est cette étude synthétique, modeste travail de l'ouvrier qui apporte sa pierre à l'érection de l'édifice, que nous présentons aujourd'hui.

Puisse le profond désir qui nous anime, d'être utile à nos semblables, faire oublier les défauts de notre thèse et nous mériter l'indulgence de nos juges.

Avant de passer outre, qu'il nous soit permis de témoigner publiquement ici toute notre reconnaissance à MM. Attimont et Pérochaud, médecins des hôpitaux de Nantes, pour les conseils qu'ils ont bien voulu nous distribuer largement et les observations qu'ils se sont empressés de mettre à notre disposition.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER LATENT DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE

Nous n'avons point la prétention de faire un historique complet du Cancer latent de l'estomac. D'une part, les bornes exigées pour un travail de thèse seraient vite dépassées, étant donnée l'abondance du sujet; l'historique, d'autre part, consisterait, pour un grand nombre d'années, dans l'accumulation pure et simple d'une foule d'observations dont la citation n'apporterait au lecteur qu'un profit contestable. Nous avons voulu passer tout particulièrement en revue les travaux de ces quelques dernières années, nous réservant de donner un aperçu sommaire de la question avant cette époque.

L'histoire médicale fourmille d'observations ayant trait au Cancer latent de l'estomac.

Au commencement du siècle, dès 1836, pour ne pas remonter plus haut, la *Gazette médicale de Paris* publie un cas curieux de Lombard, de Genève, où le Cancer ne se manifestait

pendant la vie que par des crampes d'estomac qui disparaissaient dès que de vieilles plaies de jambe se rouvraient, et inversement.

En 1844, M. Nidart lit à la Société anatomique une observation dans laquelle on voit que Broussais avait diagnostiqué une cachexie palustre.

Les exemples ne tardent pas à se multiplier et en même temps les erreurs.

C'est en 1851, que M. Potain, en 1852, MM. Barth, Dufour, Laborie, en 1855, M. Perrin apportent à la Société anatomique leurs observations sur des cancéreux dont la maladie avait été la plupart du temps complètement méconnue et avait entraîné une erreur plus ou moins grande de diagnostic.

En 1855, au sujet d'un col de l'utérus complètement oblitéré, Depaul publie un cas de Cancer de l'estomac ayant donné lieu à des vomissements incoercibles.

En 1856, une discussion s'élève, toujours sur le même sujet, entre MM. Guyot et Barth, au sein même de la Société anatomique.

Dans les années qui suivent, cette même Société est souvent saisie de la question par MM. Guyot, Hérard, Blachez, qui apportent à l'envi les cas observés dans leurs services.

En 1873, M. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, en 1874, MM. Blachez (*Société médicale des hôpitaux*), Potain (hôpital Necker), Féréol (*Annales de Gynécologie*), Béhier (*Union médicale*) augmentent encore le chiffre des nombreuses observations déjà connues.

Cette même année, M. Troisier, dans sa thèse inaugurale : *Recherches sur les lymphangites pulmonaires,* cite plusieurs observations de Cancer latent de l'estomac.

L'année suivante, M. Loiseaux soutient une thèse sur la maladie qui nous occupe. En 1876, le célèbre Cruveilhier

présente à la Société anatomique les pièces d'un cancéreux chez qui il avait cru reconnaître une phtisie.

En 1877, M. Chesnel, interne des hôpitaux de Paris, s'appuyant sur 47 observations prises dans les auteurs et trois personnelles, étudie les différentes formes cliniques du Cancer latent de l'estomac (Thèse de doctorat, Paris 1877).

En 1878, la *Gazette hebdomadaire* publie un travail de M. Dieulafoy : *Des hémorragies considérées comme signes précurseurs des lésions cancéreuses et tuberculeuses.*

Quelques années encore, et le moment sera venu où une nouvelle ère, pleine de fécondes applications, va s'ouvrir, où de nouveaux et importants signes vont s'ajouter à la symptomatologie jusqu'alors si souvent ténébreuse du Cancer latent de l'estomac.

Pour être aussi complet que possible, disons que déjà, en 1874, un médecin berlinois, Oscar Tyselin, avait mentionné le hoquet comme symptôme annonçant le début du cancer.

Des exemples de propagation de Cancer de l'estomac aux ganglions de la région sus-claviculaire avaient été déjà publiés par quelques auteurs allemands, notamment par Henoch et par Friedreich en 1874. Maunoury rappelait en 1875 qu'un de ses malades, atteint d'affection cancéreuse de l'estomac, portait une petite nodosité de même nature à la partie droite du cou. L'année suivante, Merklen citait un exemple à la Société anatomique, où il avait remarqué dans l'épaisseur de la peau du thorax, de l'abdomen et du dos de petits nodules cancéreux.

En 1879, Van den Velden annonçait que dans le Cancer de l'estomac l'acide chlorhydrique faisait défaut, et une année après, Uffelmann venait confirmer les idées de son prédécesseur.

Mais c'est vraiment en 1883 que commence à être fixée

sérieusement l'attention du public médical. Le grand mouvement qui doit contribuer à doter si richement l'histoire clinique de cette affection prend son origine en Belgique, quand Rommelœre, de Bruxelles (*Ann. de l'Univ. de Bruxelles,* 1883), vient annoncer que la détermination quotidienne de l'urée pouvait éclairer le diagnostic dans le cas de tumeurs abdominales de nature douteuse. Désormais le branle est donné. Dès l'année suivante, Kredel et Riegel viennent confirmer les faits avancés par Van den Velden et Uffelmann.

Notons en passant que cette même année fut soutenue à Paris, par M. Deschamps, une thèse ayant pour titre : *Diagnostic et traitement du Cancer de l'estomac.*

La victoire toutefois n'est pas encore gagnée et le signe de Rommelœre n'a pas encore élu domicile dans notre symptomatologie classique.

En France, en effet, vers la fin de cette même année et dans celle qui suit, Dujardin-Beaumetz vient déclarer à la Société médicale des Hôpitaux que les signes donnés par Rommelœre et Leube l'avaient conduit à des résultats très incertains, ce qui n'empêchait pas Schellhaas, en Allemagne, de confirmer de nouveau les idées de ses prédécesseurs Kredel et Riegel, et M. Thiriar, de Bruxelles, de reprendre la question au Congrès français de chirurgie, tenu à Paris, de préciser les précautions indispensables en pareil cas, et finalement d'arriver aux mêmes conclusions que Rommelœre, pendant qu'en France, Grégoire, moins absolu, reconnaît à la règle des exceptions et que Kirmisson, Albert Robin et Dujardin-Beaumetz déclarent ouvertement de leur côté qu'il est impossible de baser sur ces faits des indications thérapeutiques.

C'est au milieu de ce conflit que Freund, de Vienne, annonce que dans 70 cas de carcinome, il a toujours trouvé une augmentation de la quantité de sucre dans le sang, après avoir

pris le soin d'en éliminer préalablement les diabétiques. Son opinion ne nous semble pas avoir fait écho.

Mais l'élan donné ne devait pas s'arrêter en si bonne voie. Ewald, de Berlin, en 1886, tout en faisant de sérieuses restrictions, constate 6 fois sur 7 cancéreux l'exactitude des signes de Van den Velden et ses successeurs. Debove, reprenant les idées allemandes, présente à différentes reprises, à la *Société* médicale des Hôpitaux de Paris, une série de recherches à la suite desquelles il déclare qu'il a toujours constaté l'absence d'acide chlorhydrique dans les cas difficiles, et c'est à peu près dans le même sens qu'il répond à une lettre de M. Lépine, de Lyon. Riegel, au sixième congrès de médecine interne de de Wiesbaden, se range à son opinion, et Bamberger, de Vienne partage à peu près les mêmes idées. Thiriar, de son côté, confirme, au deuxième congrès français de chirurgie, l'opinion qu'il a émise en 1885 sur la valeur du dosage de l'urée, et Troisier, rappelant les cas publiés déjà par Henoch, Friedreich, Merklen, présente à la Société médicale des Hôpitaux trois cas de Cancer de l'estomac avec ganglions sus-claviculaires, contribuant ainsi à éclairer le diagnostic de cette terrible affection, de même que Millard qui, la même année, en présente un cas avec ganglions du creux axillaire et sus-claviculaire.

Enfin Germain Sée, en 1888, vient entretenir plusieurs fois l'Académie de ses expériences et confirmer devant elle, du poids de toute son autorité, la valeur des recherches précédentes sur l'absence de l'acide chlorhydrique dans le Cancer de l'estomac.

Nous terminerons ce qui concerne l'historique de la question par un signe de très grande importance indiqué dernièrement par M. Attimont, médecin des Hôpitaux de Nantes, qui, s'il n'a pas eu le mérite d'être le premier à reconnaître la coïncidence

des faits, a eu du moins celui de mettre ces faits en relief et d'en déduire des indications pratiques.

Disons auparavant qu'en août 1887, M. Feulard publiait (*Archives de médecine*) un mémoire : *Fistule ombilicale et cancer de l'estomac*, dans lequel il réunissait 14 observations de phlegmons péri-ombilicaux s'étant développés à la dernière période de l'évolution du Cancer stomacal. Dieulafoy en cite également un exemple (*Semaine médicale*, 4 janvier 1888.)

M. Attimont, dans un article ayant pour titre : Remarques sur le cancer de l'ombilic (*Gazette médicale de Nantes*, 9 septembre 1888) établit par une étude sérieuse de son sujet et plusieurs observations à l'appui, que le cancer de l'ombilic généralement secondaire (notion admise depuis longtemps comme classique) ouvre une perspective importante pour le diagnostic des affections cancéreuses des organes abdominaux.

Quelques mois auparavant, et c'est par là que prendra fin ce chapitre auquel nous reconnaissons un peu tard avoir donné trop d'étendue, quelques mois auparavant, disons-nous, Fischer, de Breslau (*Semaine médicale* du 11 avril) avait lu, sur ce sujet, au dix-septième congrès de la Société allemande de Chirurgie, tenu à Berlin, une observation que l'on trouvera reproduite à la fin de notre travail.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme nous l'avons annoncé dans notre introduction, nous nous sommes avant tout proposé de présenter un tableau synthétique de tous les signes connus jusqu'à ce jour du Cancer de l'estomac. Nous allons donc commencer par en rappeler les symptômes dits classiques.

C'est d'abord une *phase dyspeptique* qui peut durer plusieurs mois et au-delà, et dans laquelle domine surtout l'anorexie. « L'anorexie, dit M. Lasègue dans son introduction au traité de Brinton, peut se produire ou sous l'influence d'un état diathésique cancéreux, ou surtout par le fait d'un Cancer de l'estomac. Il arrive que ce signe devance de longtemps tous les autres (Thèse de M. Chesnel, 1877, p. 112). « Tout répugne au cancéreux, dit M. Landouzy dans une de ses cliniques, vous aurez beau lui présenter la carte la plus appétissante possible, il vous répondra toujours qu'il n'a pas faim ».

Les *douleurs* parfois vives n'atteignant que rarement l'intensité des douleurs de l'ulcère, mais continues, ne présentant pas les périodes de rémission propres à ce dernier et ne siégeant pas comme celui-ci aux points xiphoïdien et rachidien.

Les *vomissements* se présentant au début, surtout le matin à jeun, sous forme de matières glaireuses et filantes. « Ce phénomène, chez un individu âgé qui n'est pas alcoolique, doit éveiller de sérieuses appréhensions, il est presque caractéristique (Jaccoud) ». Puis, des vomissements alimentaires qui annoncent l'intolérance de l'estomac, vomissements plus ou

moins modifiés suivant le siège du cancer et contenant très ordinairement des sarcines.

Des *hématéméses* couleur suie, marc de café, ayant lieu seules, s'accompagnant parfois de melœna. Ces hémorragies peuvent être au début le seul et unique symptôme du Cancer de l'estomac, de même que les hémoptysies précoces qui devancent tous les autres symptômes de la tuberculose pulmonaire. Trousseau en cite plusieurs exemples dans ses cliniques, entr'autres celui d'un magistrat qui pendant sept années ne présenta d'autres phénomènes morbides.

Puis, plus ou moins vite se dessine un symptôme important consistant dans l'apparition d'une *tumeur*, occupant ordinairement le creux épigastrique, facile à percevoir si le cancer siège au pylore ou à la face antérieure de l'estomac, difficile ou impossible si le cancer occupe le cardia ou la petite courbure. « La tumeur épigastrique a toujours été considérée comme un symptôme d'une très grande valeur, comme signe pathognomonique » (Henrot de Reims, Association française pour l'avancement des Sciences; Toulouse, juin 1887). La constatation de ce symptôme important est parfois difficile; il faut, pour y arriver, que les muscles de l'abdomen soient placés dans le relâchement le plus complet.

La *dilatation* de l'estomac se manifeste quand la tumeur cancéreuse rétrécit l'orifice pylorique, et donne lieu consécutivement à une sonorité exagérée de la région stomacale.

Comme symptômes secondaires, il faut noter l'état des *fonctions intestinales* qui malgré sa variabilité peut acquérir une certaine valeur. Pendant le début de la maladie et le temps qui précède l'ulcération, les auteurs font de la constipation la règle ordinaire ; à partir de cette époque, la diarrhée, sans être constante est très fréquente.

Les *œdèmes localisés,* parfois précoces, dus à une thrombose

veineuse *(phlegmatia alba dolens)* signalée pour la première fois par Trousseau.

Enfin apparaissent les symptômes généraux : un *amaigrissement progressif* avec ou sans œdème, pendant lequel la voix s'affaiblit, la peau se sèche et se plisse, aboutissant souvent à une émaciation extrême ; la *décoloration des téguments* qui d'abord pâlissent, puis revêtent une couleur terreuse, jaunâtre, teinte jaune paille. Tout à fait en dernier lieu, la *cachexie* avec ses œdèmes, ses hydropisies, l'infiltration des cuisses, du scrotum et quelquefois des mains et de la face.

Voilà, il nous semble, à peu près au complet, les symptômes rapportés dans tous les auteurs classiques. Mais il s'en faut de beaucoup que tous ces signes se déroulent en aussi grand nombre. Sans parler des cas où le symptôme le plus constant, la cachexie, a fait défaut et où l'autopsie seule a révélé la lésion, il y en a d'autres qui ne se révèlent que par un ou plusieurs signes de médiocre importance pouvant tout aussi bien être mis sur le compte d'une autre affection. Il a donc fallu chercher et trouver d'autres signes qui fussent particuliers au Cancer et qui pussent mettre de bonne heure le médecin sur la voie du diagnostic. Si le but n'a pas toujours été atteint, il n'en est pas moins permis de dire que les efforts tentés sur ce chemin sont louables et méritent toute notre approbation.

Continuons donc notre étude symptomatologique. En premier lieu, nous signalerons un symptôme indiqué déjà par un médecin de Berlin, Oscar Tyselin : le *hoquet,* annonçant le début du cancer, et durant un mois environ d'après l'auteur précité. Nous donnerons à la fin de ce chapitre une observation de ce genre qui nous est personnelle, et nous entrerons dans quelques explications relatives à ce signe sur lequel l'attention n'a pas été suffisammment attirée, peut-être à cause de sa rareté.

Le symptôme de Rommelœre, signalé en 1883, repose sur

le dosage de la *quantité d'urée* dont le chiffre quotidien compris entre 28 et 30 grammes descend graduellement et finit par rester inférieur à 12 grammes. « Ce signe, dit l'auteur, peut éclairer le diagnostic dans le cas de tumeur abdominale de nature douteuse, et par sa présence rend évidente la malignité de l'affection. » Tout en reconnaissant ce que cette proposition ainsi formulée peut avoir d'exagéré, car les exceptions à la règle se présentent parfois, et de plus l'abaissement de l'urée se rencontre aussi dans tous les cas de cancer, ce qui est dû à une activité moins grande dans les échanges nutritifs chez les cancéreux, il n'en est pas moins vrai de dire que ce signe a une importance réelle qu'on serait coupable de ne pas rechercher, car de l'avis de l'auteur et de Thiriar il peut rendre les plus grands services.

La présence de *ganglions,* dans le creux de l'aisselle et dans le creux sus-claviculaire constitue également un signe qui mérite d'être pris en sérieuse considération. Il a été souvent constaté par différents médecins, notamment par Troisier, et, bien qu'on l'ait rencontré dans d'autres affections cancéreuses que celles de l'estomac, il ne perd pas pour cela toute sa valeur. Il faut donc chercher ce signe révélateur qui, s'il est constaté, apporte un sérieux appoint au diagnostic.

Mais bien plus important que les deux précédents est le symptôme étudié principalement en France par Debove et Germain Sée. Ce signe est basé sur l'*absence d'acide chlorhydrique* dans le cancer de l'estomac. Debove lui accorde une confiance presque absolue, et bien qu'il ne fasse pas de l'absence d'acide chlorhydrique un signe pathognomonique, celle-ci s'observe assez fréquemment pour acquérir une grande valeur dans le diagnostic de cette affection. Riegel déclare que depuis sept ans qu'il s'en sert dans sa clinique interne de Giessen, il ne lui a jamais fait défaut. Pour G. Sée, il n'hésite pas à le

mettre comme importance au-dessus de celui fourni par l'urée. Dieulafoy déclare que c'est le seul signe de certitude que nous possédions dans les cas complexes et difficiles de Cancer de l'estomac.

Après tous ces symptômes de première importance, nous en signalerons deux autres qui peuvent également fournir des indices de valeur dans les cas embarrassants. Le premier a été signalé par M. Feulard : c'est le *phlegmon péri-ombilical,* s'observant à la phase cachectique de la maladie, pas toujours cependant, comme en témoigne un fait cité par Dieulafoy. Le second, découvert récemment par M. Attimont, consiste dans la présence de *néoplasies secondaires ombilicales et adombilicales.* Ces tumeurs surviennent à la période ultime des maladies viscérales. Une fois, cependant, l'auteur eut l'occasion de suivre, étant interne de M. Cusco, une femme chez qui la néoplasie s'était manifestée avant l'affirmation des symptômes du cancer. Aussi, étant admise la rareté du cancer primitif de l'ombilic, n'hésite-t-il pas, comparant, comme Lorain l'avait déjà fait, la manifestation cancéreuse ombilicale à un véritable ganglion révélateur, à regarder ce signe comme très propre à l'affirmation d'un cancer dont le diagnostic a été souvent jusque-là entouré d'obscurités ou complètement méconnu.

OBSERVATION I (personnelle).

En 1880, un ajusteur des usines d'Indret (Loire-Inférieure), âgé de 60 ans, fut saisi par le volant de sa machine, enlevé par des courroies jusqu'à une hauteur de 3 ou 4 mètres et projeté violemment contre le sol. Il résulta de cette chute de nombreuses contusions et plaies qui maintinrent notre homme six mois au lit, au bout desquels il put reprendre ses occupations. D'une santé robuste, non alcoolique, sans tare héréditaire connue, cet ajusteur, doué d'une force peu commune, commença à s'apercevoir, deux ans après l'accident, que ses forces déclinaient beaucoup.

Il fut pris quelque temps après de hoquet qui ne persista pas moins de trois mois, survenant au commencement de ses repas, après avoir avalé sa soupe. Le hoquet était si tenace et si prolongé que notre pauvre malade et ami, impatienté de ne rien comprendre à un état si bizarre qui se renouvelait invariablement aux mêmes moments et toujours dans les mêmes conditions se laissait souvent aller à l'emportement contre son entourage. Tous les moyens qu'il jugeait bons : sucre qu'il suçait, eau froide qu'il avalait, corps froids qu'on lui glissait le long du dos, inclinaisons diverses du tronc, etc., etc., ne lui réussissant pas, contribuaient à l'exaspérer davantage. Il quittait alors la table, se promenait quelques instants, après quoi tout rentrait dans l'ordre et le repas s'achevait dans les conditions ordinaires.

Cet état de choses, qui ne paraissait nullement inquiétant aux parents, finit toutefois, grâce à sa ténacité, par attirer l'attention. On consulta ; il fut répondu que ce n'était rien, et cela à différentes reprises. Le malade cependant n'allait pas mieux, et un beau jour, à la suite de violents accès de hoquet qui n'avaient déjà plus la régularité du début, vomit son repas. Les vomissements se répétèrent souvent depuis ; les douleurs commencèrent à se manifester pour ne plus jamais disparaître complètement. Les repas finissaient presque toujours par être rejetés après quelques heures. De plus, le malade vomissait parfois le matin des liquides glaireux, puis apparurent quelques vomissements noirâtres. Les douleurs devinrent plus vives, c'est à peine si quelques aliments solides étaient encore retenus dans l'estomac. L'œdème se montra aux malléoles, puis la cachexie avec bouffissure de la face.

Il n'y avait plus de doute à avoir, cette fois. Les médecins appelés en consultation, au nombre de 4, furent unanimes à déclarer à la famille de notre ami que celui-ci était atteint d'une affection organique de l'estomac. Aucune tumeur n'avait jamais été constatée. Il est bon toutefois de dire que notre malade, devenu difficile à traiter, ne permit plus le moindre examen dans les derniers mois.

Enfin son état alla en s'aggravant, la teinte cachectique s'accusant de jour en jour, et il finit par succomber un an et demi après les premiers débuts. Il n'y eut pas d'autopsie.

(Qu'on nous permette une petite digression. On pourrait incriminer ici comme cause première du cancer les coups et blessures nombreuses reçus par le malade. Ces accidents, en effet, ont pu ne pas être étrangers à l'affection en ce sens qu'ils en ont peut-être hâté l'évolution, mais on est obligé d'admettre qu'il y a un autre facteur en cause, facteur inconnu, que, faute de mieux, on appelle prédisposition, car, depuis lors, deux enfants de notre ami ont été atteints de tumeur cancéreuse, sans que chez eux il y ait jamais eu le moindre coup à invoquer).

En résumé, si notre ami avait permis qu'on pratiquât sur lui l'examen dans les derniers jours de sa maladie, la tumeur se fût peut-être révélée, et à part la sanction anatomique qui ne pouvait être donnée, le syndrôme de l'affection se trouvait au complet, et il n'y avait plus alors, à proprement parler, ce qu'on pût appeler un Cancer latent de l'estomac. Mais les débuts se sont présentés d'une façon si étrange que nous n'avons pas hésité à publier cette observation d'où découle d'une façon évidente pour nous le précepte suivant : que le hoquet persistant chez un homme d'un certain âge doit éveiller l'attention.

Le médecin de Berlin déjà cité, qui a mentionné ce signe comme annonçant le début du cancer, lui assignait une durée d'un mois. Nous ignorons si l'opinion de ce médecin s'est établie sur un certain nombre d'observations, ce que nous pouvons assurer du moins, c'est que la durée de ce symptôme incommode dura beaucoup plus longtemps (3 mois) chez notre ami. Nous habitions chez lui et passions une partie des journées ensemble ; nous avons donc pu nous rendre un compte fidèle de la durée de ce symptôme qui mérite, quoi qu'il en soit, qu'on lui accorde à l'avenir une sérieuse importance.

DIAGNOSTIC

Il semble au premier abord qu'un aussi grand nombre de signes doive mettre toujours facilement le praticien sur la voie du diagnostic. Si la chose est facile quand le syndrôme est au complet, il n'en est malheureusement plus de même dans un grand nombre de cas où les symptômes qui se présentent à l'œil de l'observateur ne sont qu'en nombre très restreint ou n'ont qu'un cachet de banalité qui peut se rencontrer dans d'autres affections.

Il suffit d'ouvrir un livre de pathologie pour y voir que, parmi les symptômes énoncés, les troubles dyspeptiques, les douleurs, les vomissements, les hématémèses même, l'amaigrissement, la teinte cachectique peuvent se manifester chez des sujets atteints de gastrite chronique, de dilatation, d'ulcère de l'estomac, etc. Il n'est pas jusqu'à la tumeur épigastrique qui ne contribue à vous jeter dans l'erreur. Vous avez, dans des cas de sclérose de l'estomac un épaississement et une induration des parois qui peuvent parfaitement simuler une tumeur cancéreuse. D'un autre côté, en lisant la description des formes cliniques du Cancer latent de l'estomac (thèse de Chesnel, 1877), on est vraiment surpris de voir la multiplicité de formes qu'il revêt, multiplicité qui, il faut bien en faire l'aveu, ne contribue guère à faire la lumière.

Toutefois, il importe de ne pas perdre de vue que si ces différents symptômes pris séparément n'ont pas toute l'importance désirable pour le médecin, le groupement de quelques-uns de ceux-ci peut acquérir une valeur exceptionnelle.

Sans vouloir répéter ce que nous avons dit à l'article *symptômes,* nous citerons la tumeur épigastrique qui occupe le premier rang, et malgré ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'erreur qu'elle peut parfois produire quand elle est simulée par une sclérose des parois de l'estomac, elle est presque regardée, et à bon droit, comme un signe pathognomonique.

Ensuite viennent deux signes importants qui groupés acquièrent une très grande valeur : la dyspepsie et la cachexie. « Nous croyons, lisons-nous dans la thèse de Chesnel, que dans bon nombre de cas ces deux signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic » ; puis plus loin : « En résumé, dyspepsie et cachexie sont les deux bases sur lesquelles reposera le diagnostic du Cancer latent, car les deux signes réunis donneront une forte présomption en faveur de cette maladie ». Lasègue tient le même langage, et Landouzy dans sa clinique médicale d'octobre 1886 s'exprime ainsi : « On peut dire qu'après l'empâtement il n'y a pas de meilleur signe d'une affection organique de l'estomac que l'apepsie. Souvent vous verrez un homme chez lequel il n'y a aucun signe d'affection organique, mais qui n'a pas d'appétit, cela vous suffira souvent pour faire le diagnostic de ce qu'on appelle le Cancer latent de l'estomac. Vous verrez des individus qui arrivés à 40 ou 45 ans pâliront et maigriront tout à coup ; vous aurez beau les explorer, faire de minutieuses palpations et de fréquentes percussions, vous ne trouverez rien, mais le jour où ils vous diront qu'ils n'ont plus le moindre appétit, suspectez le Cancer, vous en avez le droit. Plusieurs fois, j'ai posé ainsi ce diagnostic et l'apparition ultérieure d'une tumeur me donna raison ». Nous nous sommes permis cette longue citation pensant qu'à elle seule elle serait plus éloquente que tout ce que nous pourrions dire à ce sujet.

Anorexie et cachexie combinées sont donc, comme on vient

de le voir, deux symptômes qui ont pour le diagnostic une valeur incontestable. Toutefois il ne faudrait pas dépasser la mesure et s'imaginer que ces deux expressions résument à elles seules toute la question. Nous n'avons plus en effet comme autrefois, en présence de ces seuls signes, à nous croiser les bras, attendant pour confirmer le diagnostic la présence d'une tumeur ou une hématémèse caractéristique. Si ces deux signes ont une très grande valeur, et nous l'admettons, nous devons, une fois ceux-ci constatés, aller à la recherche de la lumière en partie déjà faite, et mettre en œuvre pour cela, l'un après l'autre ou concurremment, tous les moyens précieux que nous tenons à notre disposition.

Tout d'abord, il convient d'interroger, par un examen approfondi, les régions du creux axillaire et sus-claviculaire. Bien que les ganglions de ces régions puissent se développer dans d'autres affections telles que le Cancer de l'utérus, des ovaires, etc., il n'en est pas moins exact de dire que leur présence indique déjà une affection maligne, et pour peu que le malade attire votre attention sur certains signes sans importance jusqu'alors, vous êtes facilement entraîné vers le chemin du diagnostic. Donc « bien que tous les Cancers de la cavité abdominale puissent se propager aux ganglions sus-claviculaires, la constatation de ce fait anatomique devra servir dans les cas douteux à éclairer le diagnostic » (Troisier).

Les ganglions font-ils défaut, étudiez alors le produit des sécrétions, l'urée et l'acide chlorhydrique. Pour ne pas empiéter sur ce qui a été déjà dit au chapitre précédent, nous nous contenterons pour ces deux signes d'indiquer les mesures à prendre pour mener à bien l'entreprise.

D'après M. Thiriar, les précautions indispensables, en pareil cas, à la recherche de la quantité d'urée sont les suivantes : Il faut faire l'analyse de l'urine pendant plusieurs jours consécu-

tifs et sur un échantillon du produit total de la sécrétion des vingt-quatre heures; il faut, en second lieu, que le sujet soit exempt de lésions tuberculeuses et d'albuminurie; enfin, il importe de tenir compte de l'alimentation du malade. Toutes ces précautions indispensables étant prises, M. Thiriar conclut que la recherche de l'urée peut rendre les plus grands services dans le diagnostic des tumeurs de l'abdomen. Telle est aussi la conclusion qui nous paraît devoir être adoptée.

« Lorsqu'on suppose, dit Ewald, l'existence d'un carcinome et que l'on constate la présence de l'acide chlorhydrique, il faut abandonner ce diagnostic. » Cette proposition, exprimée en des termes aussi absolus, montre toute l'importance attachée à l'absence d'acide chlorhydrique; mais pour que cette absence ait de la valeur, il faut avoir pu constater non pas l'absence momentanée, mais bien la persistance de l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Pour se procurer le suc gastrique dans les meilleures conditions, G. Sée fait ingérer à son malade un œuf et un verre d'eau, et 45 à 60 minutes seulement après, on recueille le suc gastrique soit à l'aide de l'éponge (procédé défectueux d'après Debove), soit avec la sonde en pratiquant le lavage (procédé adopté par ce dernier auteur), soit en se servant de l'appareil aspirateur Potain, comme le préfère G. Sée. Le suc gastrique recueilli, reste le choix entre plusieurs réactifs. Le premier en valeur, le réactif de Gunzburg, est celui que préfèrent et conseillent G. Sée, en France, et Ewald, de Berlin.

Le modus faciendi est emprunté à ce dernier :

On prépare une solution alcoolique de phloroglycine et de vanillin dans le rapport de 2 à 1. En ajoutant à cette solution de l'acide chlorhydrique, il se forme par précipitation des cristaux d'un rouge écarlate. Si l'acide chlorhydrique est très-dilué, il est bon de n'employer que quelques gouttes seulement de la

solution qu'on veut examiner et du réactif de Gunzburg. On évaporise cette petite quantité dans une petite cupule en porcelaine au moyen de la chaleur. Au bord du liquide en voie d'évaporation, on observe la formation d'une légère teinte rosée qui se reconnaît aussi à la lumière d'une lampe. Ce réactif agit même avec une dilution à 5 °/₀₀₀.

Ce qui constitue la supériorité de ce réactif sur tous les autres, c'est que les acides organiques, tels que l'acide lactique, n'exercent aucune action sur lui.

Parmi les autres réactifs employés se trouvent :

La tropéoline qui en solution donne une coloration jaune capucine si le liquide est privé d'acide chlorhydrique, et donne naissance à une coloration rouge foncé, s'il en existe même des traces.

Quelques gouttes d'une solution de violet de méthyle étant ajoutées au liquide suspect, celui-ci prend une coloration bleuâtre s'il contient de l'acide chlorhydrique, la réaction ne se produit pas dans le cas contraire.

Le violet de gentiane au 5 millième donne une coloration bleue en présence des solutions étendues d'acide chlorhydrique.

L'orangé Poirier n° 4 en solution saturée dans l'eau donne une coloration rouge.

L'acétate de fer et les sulfocyanures de potassium à la dose de quelques gouttes donnent une coloration rouge vif.

Il est bien d'autres réactifs employés pour déceler la présence de l'acide chlorhydrique et sur la valeur desquels les différents auteurs sont loin de s'accorder. La question nous ayant paru par son étendue sortir du cadre que nous nous sommes imposé, nous renvoyons pour de plus amples renseignements à la Revue critique de M. Catrin, dans les Archives de Médecine de 1887.

Les cinq observations qui suivent nous ont été directement communiquées par notre ami J. Pérochaud, médecin des hôpi-

taux de Nantes, qui s'est empressé, lors de notre séjour dans cette ville, de les mettre ainsi que ses conseils à notre disposition.

OBSERVATION II

Carcinome de l'Estomac au niveau du pylore.

Julien Mig..., jardinier, âgé de 68 ans, a toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a un an environ, il éprouva des douleurs épigastriques qui, d'abord peu intenses, prirent par la suite une grande acuité. Ces douleurs présentaient des paroxysmes deux heures après les repas. Depuis six mois, ceux-ci sont fréquemment suivis de vomissements qui surviennent environ deux heures après l'ingestion des aliments. A cinq ou six reprises, il a eu des vomissements noirâtres mais pas de melœna. Les vomissements alimentaires se composent quelquefois d'aliments ingérés depuis deux ou trois jours.

L'amaigrissement est assez notable, mais n'est pas en proportion avec la perte des forces.

A son entrée à l'hôpital, on constate à la région épigastrique la présence d'une tumeur allongée mesurant de 4 à 5 centimètres, dure, peu mobile, se déplaçant dans les mouvements respiratoires. Elle est le siège de douleurs spontanées que la pression exagère et est située au voisinage du pylore.

Les troubles digestifs sont insignifiants ; l'appétit est conservé, la constipation habituelle. Il y a un léger œdème malléolaire et une coloration jaunâtre des téguments.

Les urines, très abondantes, donnent 11 grammes d'urée pour les 24 heures.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

Pendant les trois premiers mois de son séjour à l'hôpital, l'état du malade se maintient assez satisfaisant; il n'y a ni hématémèse ni melœna; seulement, de temps en temps, quelques vomissements glaireux dans lesquels l'analyse chimique, pratiquée par M. Andouard, ne décèle aucune trace d'acide chlorhydrique. La douleur épigastrique demeure toujours très intense. Enfin, dans le dernier mois, l'amaigrissement se prononce avec

une grande rapidité, l'œdème cantonné aux malléoles s'étend sur toute la jambe et le malade meurt dans un état véritablement squelettique quatorze mois après l'apparition des premiers symptômes.

A l'autopsie, nous trouvons un Cancer non ulcéré au niveau du pylore, autour duquel il forme un anneau complet. Il s'étend en nappe sur la face antérieure de l'estomac jusqu'à environ 4 centimètres de cet orifice, qui est légèrement sténosé. L'estomac est dilaté.

OBSERVATION III

Cancer du Foie consécutif à un Carcinome de la petite courbure de l'estomac.

Pierre Bret..., 50 ans, vannier, entré dans le service de M. le professeur Trastour, se plaint d'une douleur vive au niveau de l'hypochondre droit et d'accès de fièvre vespéraux. Il n'a jamais été malade avant ces derniers temps, sauf une fièvre intermittente qu'il contracta à l'âge de 11 ans et qui dura huit mois.

Il a fait de nombreux excès alcooliques.

Il y a six mois, il a commencé à souffrir au niveau de la rate et du foie. Cette douleur, d'abord légère et n'entravant nullement le travail, s'accrut peu à peu et finalement l'obligea à entrer à l'hôpital.

L'abdomen est large, étalé dans sa partie supérieure; l'hypochondre droit est le siège d'une voussure assez notable déterminée par le foie hypertrophié. Cet organe est lisse et uni dans toute son étendue; on ne sent à sa surface aucune inégalité, le bord inférieur forme une arête tranchante très régulière que l'on perçoit avec la plus grande facilité. Remontant jusqu'au niveau du 6e espace intercostal, le foie descend jusqu'au niveau de l'ombilic; il occupe l'hypochondre et le flanc droits, la région épigastrique, s'avance dans l'hypochondre gauche au-delà du muscle droit de l'abdomen, et masque par sa présence la sonorité de l'estomac. Cette région est le siège d'une douleur spontanée que la pression accroît beaucoup.

La rate est un peu grosse; il n'y a pas d'ascite. Sauf quelques nausées, de l'inappétence, un léger état saburral de la langue, de la lenteur dans les digestions, on ne note rien du côté de l'appareil digestif. Il n'y a en particulier ni vomissements, ni diarrhée, ni douleur épigastrique.

L'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire paraissent sains. Peut-être au sommet droit la respiration est-elle légèrement soufflante.

Depuis le début de ces malaises, qu'il ne fait remonter qu'à six mois, Pierre Bret... se plaint d'avoir beaucoup maigri et perdu ses forces; et cependant, au moment de son entrée, il est encore vigoureusement constitué, très grand et musclé en proportion. Il présente un peu de subictère des conjonctives; l'urine est du reste hémaphéique, elle ne contient ni albumine ni sucre et donne avec l'appareil d'Esbach 7 grammes d'urée par litre, ce qui, dans l'état actuel, fait une élimination de 11 grammes par jour.

Malgré le traitement, la douleur hépatique ne cède pas; de plus, on constate pour ainsi dire d'un jour à l'autre l'augmentation de volume du foie. Une fois, en outre, que nous avions marqué avec beaucoup de soin les limites supérieures et inférieures de cet organe, nous trouvions trois jours plus tard que la limite inférieure avait été dépassée de trois centimètres. En même temps l'amaigrissement se prononce de plus en plus, et à la teinte subictérique du début vient s'ajouter une teinte cachectique spéciale qui nous met en éveil et nous fait abandonner le diagnostic de cirrhose hypertrophique auquel nous avions tout d'abord songé. Mais ce n'est que 15 jours environ avant sa mort que nous avons constaté à la face convexe du foie des nodosités plus ou moins volumineuses.

A partir de ce moment la cachexie s'accentue rapidement, l'amaigrissement fait de notables progrès ; un léger œdème des jambes, de l'ascite apparaissent, mais les troubles digestifs restent toujours peu accentués sauf un seul vomissement glaireux et l'inappétence qui devient absolue. Le malade en effet ne prend plus par jour que deux ou trois tasses de lait et une ou deux tablettes de chocolat qu'il mange à la main. Enfin survient une diarrhée ultime et le malade meurt le 20 février, un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Le foie occupe presque toute la partie supérieure de l'abdomen, en bas il s'étend jusqu'à environ quatre travers de doigt du pubis. Il est adhérent à la partie antérieure de l'abdomen, au diaphragme et par son intermédiaire à la base du poumon droit qui cependant ne semble pas envahi par la néoplasie. A la face inférieure il offre des adhérences intimes avec le rein droit, le pancréas et la petite courbure de l'estomac.

Il mesure 38 centimètres dans son diamètre transversal, 30 centimètres dans son diamètre vertical et pèse 4 kilog. 570 grammes.

Il présente à sa surface un nombre considérable de noyaux d'un blanc grisâtre de volume excessivement variable. Le bord inférieur est aussi très déformé par la présence de ces noyaux.

A la coupe, le parenchyme apparaît entièrement farci de ces amas grisâtres et en quelque point que porte la coupe, c'est à peine si par places on rencontre un peu de tissu sain.

Au microscope, ces noyaux sont constitués par un tissu fibreux dont les mailles limitent des alvéoles remplies de cellules métatypiques. C'est en un mot du carcinome type.

La vésicule biliaire contient de la bile en grande quantité, cette bile est normale ; la vésicule est d'ailleurs saine et les voies biliaires, aussi loin qu'on les poursuive, ne présentent aucune trace de néoplasie. Pas de calculs. La tête du pancréas, adhérente au foie, présente dans son épaisseur un noyau carcinomateux de la grosseur d'une olive.

L'estomac un peu dilaté présente au niveau de la petite courbure une nappe indurée, épaisse d'un demi centimètre environ. Sur cette nappe on voit un grand nombre de végétations molles, se déchirant facilement. Tantôt ces végétations sont agglomérées entre elles pour former un bouquet assez volumineux, tantôt elles sont isolées et atteignent alors le volume d'un pois. Elles sont sessiles et n'offrent pas d'ulcérations à leur niveau. La lésion s'arrête à environ deux centimètres du pylore. Les orifices sont sains. Cette plaque indurée mesure sept centimètres de long sur quatre centimètres de large.

Les ganglions mésentériques volumineux sont ensevelis par le processus néoplasique. Le péritoine contient environ un litre et demi de liquide.

Le tube intestinal est sain dans le reste de son étendue.

La rate, un peu hypertrophiée, semble saine. Les reins sont blanc grisâtre, un peu volumineux.

Les poumons sont congestionnés, on trouve au sommet du poumon droit un noyau crétacé.

OBSERVATION IV

Carcinome de l'Estomac pris pour une Cirrhose atrophique.

X... est malade depuis un an environ et il est dans un état de cachexie assez avancée quand il entre à l'hôpital. Il n'a eu ni *douleur épigastrique,* ni *vomissements alimentaires,* ni *hématémèse,* ni *melœna.* C'est l'ascite qui a ouvert la scène et peu à peu il s'est aperçu que son ventre grossissait et que ses pantalons devenaient trop étroits.

Le ventre, en effet, est très volumineux et est le siège d'une fluctuation manifeste. Le liquide se déplace très facilement selon les diverses positions que l'on imprime au malade. La présence de ce liquide nous empêche de mesurer exactement les dimensions du foie ; mais la constatation d'un réseau veineux très abondant sous la paroi abdominale, les varicosités du visage, les excès alcooliques très nombreux avoués par le malade, tout nous porte à penser à la cirrhose atrophique.

Deux jours après son entrée, l'ascite ayant augmenté et le malade se plaignant d'une grande gêne respiratoire, nous ordonnons une ponction. Le soir, à sa contre-visite, M. Cheneau retirait huit litres et demi d'un liquide citrin. Mais le malade, très soulagé par la ponction, se croyant guéri, se livre à des mouvements bruyants et meurt subitement une heure après.

A l'autopsie, nous trouvons un carcinome de l'estomac qui intéressait la petite courbure. Les orifices sont libres. Le foie est normal, mais une partie de la tumeur gastrique comprimait fortement la veine-porte au niveau du hile du foie.

OBSERVATION V

Carcinome de l'estomac pris pour une Entérite paludéenne.

Un homme de 65 ans, ayant habité pendant très longtemps le Marais vendéen où il avait été sujet à des fièvres intermittentes rebelles, entre à la salle 8 pour une diarrhée chronique. Il est profondément anémié, la rate et le foie sont volumineux et l'abdomen rétracté ne présente aucune tumeur.

Les poumons sont sains. Bien qu'il eût, à deux reprises différentes, constaté dans ses selles la présence de sang rouge, on écarta l'hypothèse d'une dysenterie pour admettre une entérite paludéenne. Il meurt huit jours après son entrée, sans avoir à aucun moment ressenti de douleurs dans le ventre.

A l'autopsie, on trouve un cancer très étendu de l'estomac. Cet organe était transformé tout entier en une poche rigide dont les parois atteignaient près d'un centimètre d'épaisseur. La musculeuse était considérablement hypertrophiée. La capacité de l'estomac était réduite à l'état de canal et la muqueuse ne présentait pas d'ulcérations. Les orifices étaient légèrement sténosés. Le gros intestin présentait les lésions de l'entérite chronique.

OBSERVATION VI

Carcinome du pancréas et de l'estomac.

Le 10 mars 1888 entrait à la salle 17 une femme de 75 ans qui mourait le soir. D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette femme ne serait malade que depuis six mois ; elle aurait présenté de la diarrhée et des vomissements alimentaires plus fréquents surtout dans le dernier mois.

A l'autopsie, on trouve deux tumeurs volumineuses occupant toute la tête du pancréas et englobant le pylore. Cette tumeur vue en place a la forme d'une raquette dont la grosse extrémité adhère à la face inférieure du foie.

L'estomac semble sain dans toute son étendue, le pylore est situé au milieu de la masse carcinomateuse où il se creuse un canal assez étroit. L'adhérence est intime à ce niveau, pourtant l'examen macroscopique ne révèle rien. Mais au microscope on trouve au niveau des fibres musculaires des colonies de cellules d'aspect épithélial contenues dans des alvéoles à traînes très ténues. Le pylore en somme est envahi par la néoplasie consécutivement au carcinome du pancréas.

Notons en passant que malgré ce cancer très étendu de la tête du pancréas, cette femme n'a jamais eu d'ictère. Le foie hypertrophié est stéatosé.

En ce qui concerne la deuxième observation, nous tenons simplement à faire remarquer que le dosage de l'urée et l'absence de l'acide chlorhydrique vinrent corroborer le diagnostic relativement facile posé par notre ami.

Dans la 3e observation, la marche des accidents avait fait un instant pencher notre ami vers le diagnostic de cirrhose hypertrophique, diagnostic qu'il n'hésita pas à abandonner du jour où la cachexie, l'amaigrissement et surtout les nodosités du foie se manifestèrent. Peut-être eût-il pu arriver plus vite à redresser son jugement, si, tenant compte de la petite quantité d'urée secrétée dans les 24 heures, il se fût livré à la recherche des autres signes.

Pour les 4e et 5e observations, il était assez difficile d'éviter l'erreur. C'est dans deux cas analogues que Broussais et Barth émirent la même opinion que notre ami, opinion que devait bientôt démentir l'autopsie. Que M. Pérochaud se console donc de se trouver en aussi bonne compagnie!

Nous devons les trois observations suivantes VII, IX et X à la bienveillance de M. Attimont, de Nantes, qui a bien voulu nous abandonner ses idées personnelles sur le sujet.

OBSERVATION VII

Femme de 53 ans, blanchisseuse, entrée le 23 août 1885, à l'Hôtel-Dieu, salle 18, n° 3.

Bonne santé jusqu'à il y a trois mois. A cette époque, la partie supérieure du ventre, dans une chute, porta sur le bord d'un baquet, et d'après la malade, ce fut le point de départ de douleurs qui n'ont pas cessé depuis ce moment, vers l'hypochondre gauche et la région ombilicale.

A son entrée, dégoût, digestions laborieuses, vomissements alimentaires fréquents à la suite des repas, teint pâle, un peu jaunâtre, expression de fatigue, — il y a de l'amaigrissement depuis quelques semaines, et un

affaiblissement très marqué, — un peu d'œdème aux membres inférieurs. A la palpation, ventre sensible vers l'hypochondre gauche, légère rénitence dans cette région et vers le flanc, nulle part de tumeur profonde. Ni hématémèse, ni melœna ; tendance à la constipation.

Dans la région ombilicale, le doigt rencontre deux petits nodules, à peu près de même volume, celui d'un grain de blé, durs, indolents ; la peau glisse à leur surface. Par contre, ils sont peu mobiles sur les plans fibreux sous-jacents auxquels ils semblent adhérer. L'un de ces nodules occupe l'enfoncement ombilical à sa partie supérieure, touchant la partie gauche de son contour à ce niveau. L'autre est distinct du premier d'un travers de doigt à peine, il est placé un peu plus haut et à gauche. La peau qui les sépare paraît normale ; on ne perçoit aucun tractus d'union entre eux, et les mouvements imprimés à l'un de ces grains ne se communiquent pas à l'autre.

La malade, du reste, ignorait leur existence. Les symptômes précédents font porter comme probable le diagnostic Cancer de l'estomac, avec néoplasies secondaires ombilicales et adombilicales.

A la suite d'un traitement symptomatique pendant trois semaines, les douleurs ayant diminué et les vomissements cessant, la malade quitte mon service.

Pendant ces trois semaines, les petites nodosités avaient grossi, avec tendance à se rapprocher l'une de l'autre, en s'étalant, et déjà le tissu sous-cutané semblait adhérer, car la peau ne glissait plus aussi facilement à leur surface.

Deux mois et demi plus tard, cette malade est admise à la clinique chirurgicale, service de M. Heurtaux, salle 21.

Elle est très émaciée et souffre de violentes douleurs vers la région ombilicale, le flanc et la fosse iliaque du côté gauche. Ces douleurs sont exaspérées par le palper abdominal, lequel perçoit une sorte de résistance entre l'hypochondre et la fosse iliaque par comparaison avec la souplesse des mêmes régions de l'autre côté.

Au-dessus du ligament de Poupart, un peu de submatité et sensation d'un corps dur, très limité. D'ailleurs, rien autre à la palpation profonde, notamment à l'épigastre.

Au lieu des deux petites nodosités de la région ombilicale, il existe maintenant une tumeur du volume d'une petite noix, occupant absolument la place de l'ombilic, tumeur indurée, un peu mamelonnée ; la peau y adhère intimement. Autour de la saillie extérieure, on perçoit une résistance plus profonde qui la déborde surtout à sa partie supérieure; cette partie semble intra-abdominale, mais ne doit pas adhérer aux organes, car la masse se meut facilement sous la pression des doigts.

Diagnostic : Epithéliome de l'ombilic.

L'ablation en fut pratiquée quelques jours après l'entrée. Il n'y avait pas d'adhérences profondes.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la cicatrisation était achevée au bout de quinze jours.

Mais les douleurs du côté de la fosse iliaque et au niveau de la région ombilicale persistèrent et s'accrurent même progressivement, au point de causer une insomnie qui nécessita l'emploi de fortes doses de morphine.

Pas de vomissements depuis l'opération jusqu'à l'époque de la mort, constipation opiniâtre, refus des aliments, l'amaigrissement est extrême.

La paroi abdominale était devenue très déprimée, on percevait une résistance profonde; de plus, au toucher vaginal et rectal, bosselures utérines manifestes. (Note de M. de Larabrie, chef de clinique du service).

Une hernie inguinale ancienne avait cessé de sortir, même dans les efforts, pendant la dernière période de la maladie.

Mort d'épuisement trois mois après l'opération.

Examen de la tumeur opérée. — Elle forme une masse compacte de tissu malade entourée de parties absolument saines. A la coupe, son tissu est blanchâtre; il donne peu de suintement à la râclure du scalpel. La tumeur semble divisée en deux segments : le supérieur, profond, intra-abdominal, revêtu d'une surface lisse ; l'inférieur, répondant à la partie de la tumeur qui faisait saillie à l'ombilic. Entre ces segments existe une lame fibreuse; des tractions les isolent l'un de l'autre au niveau de cette lame, en rompant une sorte de lien intermédiaire peu volumineux, et on voit alors un contour aponévrotique en forme de disque percé seulement dans un point; cette intersection fibreuse reste adhérente au segment profond, mais elle en est facilement isolable.

Histologiquement, épithéliome cylindrique. En dehors des cavités tapissées d'épithélium, avec aspect de culs-de-sac glandulaires, on trouve de longs boyaux remplis également de cellules néoplasiques; ils paraissent former des anastomoses, ils résultent probablement de l'envahissement des voies lymphatiques. Çà et là, les cellules pathologiques se trouvent infiltrées au milieu de lobules adipeux dont elles écartent les éléments cellulaires propres, exactement comme dans le processus carcinomateux. Trame généralement très fibreuse; de gros faisceaux sont bien colorés au carmin; ailleurs, tissu fibrillaire grisâtre et, enfin, dans certains points, autour des cavités épithéliomateuses, tissu granuleux gris jaunâtre, qui paraît être du tissu élastique en voie de formation, à l'instar également de ce qui s'observe dans le carcinome fibreux.

Au voisinage de la surface interne du péritoine proprement dit, on ne voit pas de cavités à épithélium cylindrique.

La membrane aponévrotique inter-segmentaire ne contient pas d'éléments pathologiques.

Autopsie. — Cancer ulcéré de l'estomac au niveau de la petite courbure, nappes indurées sur les faces antérieure et postérieure, au niveau desquelles les parois sont très épaissies; ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par la dégénérescence cancéreuse, ainsi que les ganglions mésentériques et iliaques.

Nodosités à la surface des organes, notamment de l'utérus et du foie; le ligament suspenseur renferme des masses cancéreuses entre ses lames; le péritoine pariétal porte quelques plaques surtout vers la partie médiane. L'épiploon contient des nodosités; il est tendu et porté à gauche vers le flanc et la région iliaque. Point intéressant : deux noyaux, gros comme une noix, développés sur le bord inférieur du grand épiploon, font adhérer ce bord au niveau de l'orifice interne du canal inguinal qu'ils obstruent, ce qui explique la disparition de la hernie dans les dernières semaines de la vie.

L'examen microscopique montre dans toutes ces productions le type épithéliome cylindrique.

Nous intercalons ici une observation qui, bien qu'étrangère à l'auteur de la précédente, nous semble bien à sa place.

Toutes deux, en effet, reçurent la sanction anatomique, celle déjà citée, sur le cadavre; celle que nous allons donner, sur le vivant.

OBSERVATION VIII

17e congrès de la Société allemande de chirurgie tenu à Berlin (*Semaine médicale*, avril 1888).

M. Fischer, de Breslau, raconte qu'il a opéré, il y a un an, une femme de 52 ans qui présentait une tumeur carcinomateuse de l'ombilic, laquelle s'étendait jusque dans l'intérieur de l'abdomen.

« Après avoir ouvert le ventre de la malade, dit-il, je découvris que la paroi antérieure de l'estomac était perforée et transformée en une vaste ulcération carcinomateuse d'où l'on pénétrait directement dans le côlon transverse; chose curieuse, la malade n'avait jamais présenté de symptômes du côté de l'estomac. J'enlevai toute la paroi antérieure de l'estomac et du côlon, et je réunis les bords de la plaie gastro-intestinale.

L'opérée se remit très-bien des suites de l'opération, mais bientôt elle eut des troubles digestifs et mourut cinq mois après.

OBSERVATION IX

(Recueillie par M. Miraillé, interne de service).

Le G..., 45 ans, scieur de long, entre le 22 novembre 1886, salle 9, n° 10.

Aucun antécédent ni personnel ni héréditaire.

Depuis un an ce malade est sujet à des vomissements. Ces vomissements d'abord ne se montraient qu'après le premier repas, aujourd'hui ils suivent toute ingestion. Il n'y a jamais eu cependant ni hématémèse ni melœna. Les selles sont normales. Il y a trois mois, il fut obligé d'interrompre son travail par suite des vomissements et de l'affaiblissement. Il ne supporte que les viandes blanches.

L'aspect n'a rien de cachectique; le visage est rouge, coloré, le pouls plein, mais depuis trois mois, l'amaigrissement a fait de rapides progrès, perte de 24 livres (126 au lieu de 150). On constate une douleur assez vive au creux épigastrique, douleur qui s'étend en bas jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, et, à gauche le long du rebord costal, jusqu'à 5 cent. de la ligne blanche. La palpation y révèle en outre une surface résistante et la percussion donne de la matité. Le ventre est tendu, sensiblement ballonné, rénitent. Le foie est très légèrement hypertrophié, la rate normale.

A la partie gauche et supérieure de l'ombilic, on trouve une petite tumeur grosse comme un haricot. La peau n'y est pas adhérente, mais cette tumeur semble attachée aux plans sous-jacents, bien que mobile, dans une certaine mesure. Ainsi on peut la refouler en haut, à droite, mais il est très difficile de la pousser en bas et à gauche. Cette tumeur dure et douloureuse ne serait apparue, d'après le dire du malade, que depuis deux jours. Si on le fait tousser, cette tumeur est soulevée avec toute la paroi abdominale, mais on n'a rien de comparable à la sensation d'une hernie.

A l'insertion du sixième cartilage costal, sur la côte correspondante, on trouve une éminence douloureuse. Il existe aussi deux saillies légères, également douloureuses, de chaque côté du sternum, sur la ligne mamelonnaire.

Il n'y a pas d'œdème des extrémités.

Diagnostic : Cancer de l'estomac.

Régimé lacté.

29 novembre : Les vomissements ont disparu; le lait est bien supporté.

4 décembre : La tumeur ombilicale a augmenté de volume en se rapprochant de l'ombilic. Elle est devenue plus adhérente au plan sous-jacent, mais la peau glisse encore facilement sur elle.

En introduisant le doigt dans l'ombilic, on sent le fond comme induré et plus résistant qu'à l'ordinaire.

L'aspect du malade est toujours bon; ses joues sont vivement colorées.

9 décembre : En dehors de la tumeur, jusqu'à 4 centimètres à gauche de l'ombilic, et à son niveau, on sent par la palpation profonde une légère saillie. On ajoute au régime lacté du bouillon et de la bouillie.

10 décembre : Les vomissements ont reparu. Le même régime est cependant continué.

21 décembre : La matité de la région épigastrique s'est étendue; le foie paraît augmenté de volume, ventre ballonné. La tumeur ombilicale n'est plus que peu mobile et se rapproche de l'ombilic. Etat général stationnaire.

30 décembre : La tumeur ombilicale a augmenté de volume et est devenue plus adhérente.

2 janvier : Sortie.

Le 31 janvier, ce malade est admis salle 6, service de M. Trastour. (L'observation IV constitue la fin de l'histoire de notre malade).

Le court séjour du malade dans ce service, du 31 janvier au 2 février, et la gravité des accidents qu'il présentait, empêchèrent de constater la tumeur ombilicale et l'autopsie a été faite sans que l'examen ait porté sur ce point. On ne dit rien de l'état de la paroi abdominale.

Histologiquement, la tumeur de l'estomac était un carcinome.

OBSERVATION X

F. A..., 34 ans, rien à noter dans les antécédents de famille; bonne santé habituelle, menstruation normale.

Il y a quatre ans, elle s'est frappé le ventre contre un robinet, et quelques mois plus tard, elle remarqua des élancements vers la région ombilicale, puis un gonflement passager du ventre et des crampes d'estomac. Il y a un peu plus de deux ans, elle aperçut une petite grosseur à l'ombilic, laquelle augmente peu à peu; six mois après elle consultait l'un de nos confrères qui conseilla l'ablation de la tumeur; la malade s'y refusa.

La tumeur a été le siège d'une certaine irritation passagère, et à ce moment survint une adénite inguinale aiguë à droite. Du reste, la tumeur n'excite que quelques sensations de picotements.

Depuis quelques mois, douleurs spontanées dans l'hypochondre droit, sous forme d'élancements, mais sans coliques; ces douleurs sont ressenties surtout avant les repas; douleurs semblables mais non moins vives, au niveau de la région ombilicale.

Souvent le ventre gonfle.

A maintes reprises, vomissements alimentaires, une heure et demie environ après les repas, et cela une ou deux fois par semaine.

Du sang, rougeâtre plutôt que noir et en petite abondance, a été rejeté avec cinq ou six vomissements alimentaires, la dernière fois, il y a un mois environ, 4 heures après le repas.

Aucune influence menstruelle du reste à ce sujet. Constipation allant parfois à trois jours, rarement diarrhée. Urines normales ; peu de sommeil, pas d'appétit, pas d'épistaxis, pas d'hémorrhoïdes, rien au foie. Amaigrissement notable depuis un an surtout.

A l'examen du ventre, clapotement stomacal au choc jusqu'au dessous de la ligne ombilicale, sans dépasser la ligne médiane verticale.

Tension vers l'épigastre. Palpation mieux tolérée à droite qu'à gauche, au niveau des hypochondres, et cela à l'inverse de la douleur spontanée.

Tumeur grosse comme une noix au niveau de l'ombilic, dont elle remplace la dépression ; cette tumeur bombée offre dans sa partie convexe la forme d'une valve de coquille, adhérente supérieurement. Les tissus sont froncés en haut, et là se voient de petits sillons peu profonds entourant des reliefs étroits et irréguliers.

Le reste de la surface est plus uni, très tendu, rougeâtre sur le milieu et à gauche, gris blanchâtre ailleurs. Il n'existe pas d'ulcération et cependant une très petite fissure à la partie supérieure a donné plusieurs fois un peu de sang.

Les tissus enserrés font corps avec la tumeur.

Elle est très dure partout.

Elle n'est pas douloureuse à l'examen.

Le stylet la contourne un peu en haut et s'enfonce plus profondément encore latéralement entre elle et la peau ; mais en bas la tumeur se continue franchement et sans aucun pli, sans délimitation, avec la peau de la paroi abdominale adjacente, indurée à un centimètre environ au-dessous de l'ombilic.

Profondément, on trouve tout autour de la partie saillante une sorte de renfoncement de la paroi, surélevée à son contact, puis se déprimant à mesure que le palper s'écarte de la tumeur ; il cesse brusquement à un travers de doigt environ de son contour.

Cette ceinture d'induration profonde suit les mouvements imprimés à la tumeur et se meut nettement avec elle sur les organes abdominaux ; toutefois cette mobilité est très limitée de haut en bas.

En soulevant un peu la masse, on la détache du plan viscéral.

Rien d'anormal au palper ni à la percussion dans le reste des parois abdominales, non plus qu'à l'examen rectal. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Un petit ganglion est dur à l'aine droite. Rien aux ganglions de l'aisselle et du cou.

Les VII[e] et VIII[e] observations sont concluantes et ne peuvent donner lieu à la critique. En est-il de même des observations IX et X qui n'ont point été sanctionnées par l'anatomie ?

Pour ce qui regarde la IX[e] observation, bien que la nature de la tumeur adombilicale n'ait pas été déterminée, nous n'hésitons pas un instant à la ranger à la suite des précédentes. Le Cancer de l'estomac, d'une part, bien établi par l'autopsie, l'apparition, d'autre part, d'une tumeur secondaire au niveau de l'ombilic, se manifestant dans le cours d'un Cancer stomacal, nous autorisent pleinement à n'avoir aucun doute à ce sujet.

Dans la dernière, la question est plus délicate nous en convenons. Examinons les faits. Notre malade, il est vrai, est jeune, mais on sait bien que le Cancer de l'estomac, s'il a sa plus grande fréquence entre 45 et 60 ans, ne reste pas toujours, tant s'en faut, confiné dans ces limites. Voici donc une femme de 34 ans qui nous présente de la douleur spontanée à l'hypochondre droit et à la région ombilicale, des vomissements alimentaires, des hématémèses, du clapotement stomacal, de l'inappétence et de la constipation joints à un amaigrissement notable depuis un an. C'est là, et nous pensons que tout le monde sera de notre avis, un ensemble de symptômes, qui déjà, à lui seul, parle bien haut. De plus, l'ombilic est le siège d'une tumeur qui augmente peu à peu, qu'un chirurgien conseille à la malade de faire enlever, bref, qui occupe surtout une place

où les tumeurs qui s'y manifestent sont presque toujours secondaires. Il serait intéressant, pour élucider tout à fait la question de doser l'urée et de rechercher l'acide chlorhydrique dont on ne nous semble pas s'être préoccupé. Malgré l'absence de ces renseignements que nous regrettons ne pas voir notés dans l'observation, et sans vouloir en rien être regardé comme un prophète de malheur, nous avons devant nous une somme de probabilités si grande que nous nous sentons assez fort pour dire que nous atteignons presque à la certitude et que nous sommes en droit de craindre pour les jours de la malade qui nous semblent très-sérieusement compromis.

Nous mettons fin ici à nos remarques, bien que cette question, qui mérite par son importance d'être mise à l'ordre du jour, prête à un développement considérable. C'est cette dernière considération qui nous arrête, et nous abandonnons à nos successeurs le soin de recherches plus étendues sur le sujet, recherches à coup sûr pleines d'intérêt et d'actualité.

L'enseignement que nous en voulons tirer est le suivant : L'état des viscères abdominaux et du péritoine doit être recherché dans tout cancer de l'ombilic, et inversement, toute affection suspecte de ces mêmes organes doit inviter à examiner l'état de l'ombilic aussi scrupuleusement qu'on procède dans des conditions analogues à l'inspection d'un département ganglionnaire.

Notre travail était achevé, quand parvint à notre connaissance un Mémoire de M. V. Poulet, paru le 1er octobre 1888 (*Archives de Physiologie*) et intitulé : *Nouvelles recherches expérimentales sur les principes acides du suc gastrique et sur sur celui du suc intestinal.*

Dans la première partie de son travail, M. Poulet déclare que jusqu'ici, c'est par erreur qu'on a enseigné que l'acide normal du suc gastrique était l'acide chlorhydrique. D'après lui, il n'en est rien ; ce n'est point un acide inorganique, mais bien l'acide hippurique que l'on rencontre toujours dans la première période de la digestion chez les omnivores adultes et notamment chez l'homme sain.

Dans la seconde partie, étudiant les *Réactions des divers sucs gastriques sur les matières colorantes*, il annonce que la coloration rouge donnée par le réactif de Gunzburg, en présence de l'acide chlorhydrique, s'obtient tout aussi facilement avec l'acide hippurique ; qu'il n'y a là, pour différencier les deux acides l'un de l'autre, qu'une question de température, le premier donnant une coloration rouge à la température de 75 à 78°, le deuxième à celle de 105 à 108°, et il termine en « concluant qu'il est inexact de prétendre que seuls les acides inorganiques engendrent le phénomène en question, et que la solution de Gunzburg soit le réactif de l'acide chlorhydrique. »

Nous nous contentons d'émettre les opinions de l'auteur qui ne manqueront pas, à coup sûr, de provoquer à bref délai, de nouvelles expérimentations.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail nous tirons les conclusions suivantes :

1° Le Cancer latent de l'estomac est fréquent, et il importe de toujours compter avec lui dans les affections douteuses de l'abdomen, ou s'accompagnant d'amaigrissement et de cachexie;

2° Le diagnostic en est aujourd'hui singulièrement facilité, grâce aux nouveaux signes qui viennent d'enrichir sa symptomatologie et dont la valeur ne doit pas être mise en doute. Ces signes doivent désormais faire partie de la symptomatologie courante, classique du Cancer de l'estomac ;

3° Enfin, comme dernière proposition, nous appuyant sur ce fait admis de tous, que le Cancer primitif de l'ombilic est d'une excessive rareté, nous n'hésitons pas à admettre que l'apparition d'une tumeur à ce niveau doit faire pencher le diagnostic en faveur d'un Cancer de l'estomac.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 8 novembre 1888.
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 novembre 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,956. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.